

36° ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS

GT15 - Gênero, deslocamentos, militâncias e democracia

Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro

Autora: Paula de Carvalho Neves

Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro

Paula de Carvalho Neves¹

A história das mulheres não desassociada da história do feminismo se traduz, dentre muitos outros significados, como uma busca das próprias mulheres em se entenderem, enfrentando conflitos e trilhando outros caminhos a partir da construção do passado e do presente. Na segunda metade do século XX, no mundo Ocidental, ressurgia o feminismo que mudaria de vez o curso da história. Esse movimento teve seus epicentros na França e nos Estados Unidos, no entanto sua disseminação para o Brasil e para a América Latina foi rapidamente absorvida pelas mulheres que aqui se encontravam e que contestavam o modelo vigente de dominação masculina.

As mulheres, de fato, conseguiram mostrar seu espaço através de muita luta num ambiente masculino unilateral; contestaram, se uniram e assim conseguiram divulgar outro universo ainda pouco explorado, o próprio. Mas, “o que é uma mulher?”, Simone de Beauvoir já fazia essa pergunta em 1949, no seu livro *O Segundo Sexo*, e a partir de 1960, se tornou à máxima para as mulheres tanto feministas como aquelas que não pertenciam a nenhum movimento.

O presente trabalho tem como objetivo traçar um panorama histórico das décadas de 1970 até metade da década de 1990, com breve passagem na década de 1960, no Brasil, focalizando o contexto de elaboração e criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983). Trazer à tona os questionamentos que o criaram é também analisar um período da história brasileira bem rico tanto no âmbito do processo de redemocratização quanto para o ativismo dos grupos feministas brasileiros que atuaram como vozes ativas para a aquisição dos direitos das mulheres. A intenção desse estudo é fazer um breve cenário, tendo em vista o momento histórico tratado, situando o PAISM numa arena de lutas não somente na área da saúde, mas num contexto geral em que muitos movimentos sociais atuavam para que seus direitos fossem atendidos.

¹ Paula de Carvalho Neves é Bacharel em História e Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, orientada pela Profa Clara Araújo (UERJ-NUDERG) e pelo Prof José Eustáquio Alves da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE).

Na década de 1960, no Ocidente, a liberação do sexo e a valorização da juventude promovidas pela revolução cultural, foram o marco para a mudança na concepção dos valores tradicionais da sociedade. No entanto, ao contrário da onda dos movimentos contestatórios pela quebra de valores tradicionais no mundo, a década de 1960 brasileira representou um momento de instabilidade política. A renúncia de Jânio Quadros em 1961, e todo alvoroço político da direita conservadora em relação a João Goulart e suas tendências vistas como comunistas, culminou no golpe militar de 1964, no qual o legislativo foi restringido, ou seja, era instalada a ditadura militar no Brasil.

A ação dos grupos feministas a partir dessa época foi extremamente tolhida pela sua aproximação com a esquerda dos partidos políticos. Com a criação do SNI (Sistema Nacional de Informações), posteriormente do DOI- Codi (Destacamento de Operações de Informações-Centro de Operações de Defesa Interna) e outros órgãos de controle social, as perseguições aos opositores do governo se tornaram uma prática comum durante o período.

Muitas intelectuais militantes tiveram que se ausentar do país e, dessa forma, entraram em contato na Europa e nos Estados Unidos com organizações feministas. Essa aproximação foi fundamental para o crescimento da luta feminista no Brasil, uma vez que essas mulheres participaram de debates e estudos e viram um movimento de ideias crescente e atuante, muito diferente da realidade que viviam no Brasil².

Aqui muitas barreiras lhes eram impostas: como poderiam seguir o exemplo de fora de tratar de assuntos sobre o corpo da mulher, a saúde e o aborto, se o momento era a luta contra o governo dos militares e seus abusos? A batalha em relação à independência da mulher era uma condição considerada menor frente aos outros problemas enfrentados na sociedade. Indo mais além nessa discussão, muitas delas reivindicavam mudanças de ordem social, ou seja, na economia, na política, nas diferenças de classes, nas discriminações. Não havia qualquer indício de mudança sem que houvesse pressão naquele contexto em que viviam. O governo, por sua vez, era composto por homens militares que torturavam muitas mulheres de maneira cruel exacerbando ao máximo todas as formas de abusos, o que gerava total indignação e revolta.

² Sobre o feminismo na Europa e nos Estados Unidos, suas lutas, conceitos e organização nas décadas de sessenta e setenta: DUBY, G.; PERROT, M. *História das Mulheres no Ocidente*. Lisboa: Edições Afrontamento, 1991. Vol. V.

Esse era um grande entrave, no entanto, outros vieram a exemplo, nos partidos políticos mesmo de esquerda, a presença da mulher era muito condicionada a comportamentos sexistas adotados na sociedade como elucida Goldberg (1987)

nessas organizações, muitas daquelas jovens ‘transgressoras’ dos anos 60, desejosas de agir socialmente enquanto sujeitos, tiveram de moderar suas ambições. As injunções do contexto e da ‘natureza feminina’, mal adaptada às dificuldades e aos perigos da ação revolucionária, transformaram suas aspirações ao papel de protagonistas em aceitação tácita dos postos de ‘coadjuvantes’ em missões de alto risco, sobre as quais, na maior parte dos casos, não opinavam.

Essas mulheres “transgressoras” como coloca Goldberg(1987), presente nas organizações da esquerda que militavam algumas com seus companheiros, relatam a dificuldade que tinham de lidar com a militância e seus atributos relacionados ao âmbito feminino como, ter filhos. A análise que a autora faz sobre essa época mostra uma esquerda que era pensada por homens em sua maioria e a atuação das mulheres era lateral para a realização das ações. Portanto, ao mesmo tempo em que no Brasil via-se um movimento para pensar o feminismo em suas diferentes correntes e expandi-lo, dentro da esquerda, na qual participavam muitas mulheres que estavam quebrando os padrões sociais da época, o movimento não era acompanhado dessa inserção da presença feminina e a igualdade entre os pares passava por diversos problemas de gênero³ que essas mulheres enfrentavam.

O governo do general Garrastazu Médici (1969-1974) foi o período de maior repressão durante a ditadura militar. Após a instituição do Ato Institucional nº 5, em 13 de dezembro de 1968, que

colocou em recesso o Congresso Nacional e as Assembleias Legislativas estaduais, passando a ter plenos poderes para cassar mandatos eletivos, suspender direitos políticos dos cidadãos, demitir ou aposentar juízes e outros funcionários públicos, suspender o habeas

³ Sobre gênero, trabalho com o conceito de Scott(1986) que considera a diferença de comportamento de homens e mulheres na sociedade um produto de construções históricas e sociais e, não de comportamentos tidos como biológicos.

corpus em crimes contra segurança nacional, legislar por decreto, julgar crimes políticos em tribunais militares, dentre outras medidas autoritárias (DELGADO; FERREIRA, 2003).

Médici se utilizou desse recurso para perseguir, torturar e prender qualquer movimento de direitos humanos, além de militantes pertencentes à classe artística, às universidades e à esquerda.

A maioria das mulheres para se organizarem, durante esse período, tiveram que recorrer a outras formas de reunião, pois muitas delas faziam parte da esquerda política. Nessa época, foram criados os grupos de reflexão à moda norte-americana para discutir os assuntos relacionados à condição feminina. Os grupos tinham como característica serem reuniões informais, realizadas nos domicílios das participantes e estas somente serem chamadas por convite. Eram mulheres geralmente de classe média e de diferentes idades. Essas reuniões foram importantes, pois sedimentaram conceitos e análises naquelas que seriam as protagonistas mais tarde de outras ações do feminismo brasileiro.

Na década de 70 se configura também como o momento de muitas mulheres ocuparem as cadeiras das universidades de forma expressiva. A saída para o mercado de trabalho e a entrada para o meio universitário ocasionaram mudanças na sociedade e nos assuntos abordados no meio acadêmico na maneira como as mulheres deveriam ser vistas e sua atuação fora do meio doméstico.

Os temas das pesquisas acadêmicas não encontravam seus destinos em questões femininas e não imprimiam identidade a essas próprias mulheres que não se viam representadas por uma história que analisasse somente os fatos políticos e as esferas sociais. Sobre a entrada no meio acadêmico Rago(1998) comenta:

É bem verdade que a entrada das mulheres nos círculos universitários já vinha produzindo uma certa feminização do espaço acadêmico e das formas de produção dos saberes. Em outras palavras, desde os anos setenta, as mulheres entravam maciçamente nas universidades e passavam a reivindicar seu lugar na História. Juntamente com elas, emergiam seus temas e seus olhares desconhecidos. Progressivamente, a cultura feminina ganhou visibilidade, tanto pela simples presença das mulheres nos corredores e nas salas de aula, como pela produção acadêmica que vinha à tona. Histórias da vida privada, da maternidade,

do aborto, do amor, da prostituição, da infância e da família, das bruxas e das loucas, das fazendeiras, empresárias, enfermeiras ou empregadas domésticas, fogões e panelas invadiram a sala e o campo de observação intelectual ampliou-se consideravelmente. O mundo acadêmico ganhava, assim, novos contornos e novas cores.

A área da pós-graduação no Brasil na época da ditadura militar ganhava novo fôlego. O governo apoiava a pós-graduação numa atitude contraditória, pois ao mesmo tempo em que incentivava esses cursos reprimia a graduação perseguindo professores e a alunos e fechando diretórios acadêmicos. O incentivo para aberturas de cursos de pós-graduação e pesquisas ganhava recursos por todo país nessa época, algumas das pesquisas recebiam recursos de empresas privadas norte-americanas. Foi nesse momento, que Goldberg(1987) assinala como crescente o número de “estudos sobre mulher”. Esses estudos, como analisa autora, são divididos em duas linhas temáticas, a reprodução humana e a força de trabalho. Sobre a reprodução humana Goldberg(1987) destaca:

No início dos anos 70 estimava-se que 50% da mortalidade geral do país referia-se aos grupos materno, pré-escolar e infantil e, como dentro do clima geral da época, a proteção materno-infantil passou a ser considerada pelo governo militar como uma questão da ‘política de desenvolvimento e segurança’, esse fato origem a programas específicos de assistência à gestantes e crianças.

Importante avaliar o contexto da época, no qual na ditadura militar a pressão dos Estados Unidos no Brasil para uma política de controle da natalidade tinha como princípios o desenvolvimento econômico, ou seja, baseado no controle da quantidade de filhos das mulheres em sua maioria pobres. Portanto, a ênfase em pesquisas que derivaram nesse momento da questão materno-infantil e a criação de políticas de saúde que contemplassem esse aspecto possuem também em sua origem uma pressão política externa. Outro ponto relevante no contexto da época era a importância que os Estados Unidos tinham nesse momento, a Guerra Fria (1945-1991) que separava o mundo em duas esferas uma capitalista e outra socialista, influenciava no Brasil de forma a se alinhar ao bloco capitalista, ou seja, ao lado dos Estados Unidos.

No entanto, o olhar centrado das pesquisas sobre o grupo materno-infantil oferecia uma posição pouco clara das autoridades brasileiras de saúde em se posicionar efetivamente sobre o controle da natalidade. A posição dúbia referente ao controle da natalidade ia de não assumir diretrizes que possibilitassem esse controle, mas ao mesmo tempo não oferecer serviços de informação para a população sobre métodos contraceptivos. O vazio que gerava esse posicionamento contribuía para o crescimento da Bemfam e de seus procedimentos indutivos de utilização de contraceptivos, bem como de esterilizações femininas, afinados com as políticas anti-natalistas norte-americanas.

Relacionado a essa discussão, é relevante considerar que na metade da década de 1970 ocorreram debates internacionais neomalthusianos que ligavam as causas da pobreza ao crescimento acelerado de filhos nas economias em desenvolvimento. A Conferência Mundial de População de Bucareste (1974), numa rápida análise, representou um momento em que os países em desenvolvimento rebateram essas teses e aderiram às ideias desenvolvimentistas de que quanto maior a população, maior a possibilidade de crescimento político e econômico. Segundo Alves(2006)

muitos países do terceiro Mundo, apoiados pelos países socialistas, passaram a denunciar a política de controle de natalidade como uma medida imperialista que visava ao controle das populações pobres do mundo (...) Propugnar o controle da natalidade era ser de direita, enquanto as forças de esquerda defendiam o desenvolvimentismo como solução para a superação da pobreza e da miséria. Este debate esteve presente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida em Bucareste em 1974.

O posicionamento do Brasil em ficar ao lado de países como a Índia e apoiar o desenvolvimento através do crescimento da população é o que impossibilitava, de certa forma, a criação de políticas que visassem a informação sobre métodos contraceptivos.

No ano de 1975, as Organizações das Nações Unidas atendendo a uma demanda mundial de reivindicações das mulheres, inauguraram o Ano Internacional da Mulher e a Década da Mulher (1975-1985), com conferências internacionais na Cidade do México (1975), Copenhague (1980) e Nairóbi (1985). A partir dessa data, a proteção da ONU gerou o momento de maior *boom* do movimento feminista no Brasil. Em julho desse ano,

algumas feministas cariocas realizaram o congresso que marcaria os rumos do feminismo brasileiro: *O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira*. O evento aconteceu num auditório cedido pela ABI – Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro. Estavam presentes feministas como Maria do Espírito Santo, a Santinha, Moema Toscano, Sonia Malheiros Miguel, Diva Múcio, Maria Luiza Heilborn, Carmen da Silva, Leila Linhares Barsted, Maria José de Lima, entre outras, e foi tamanha a repercussão que algumas narrativas consideram como o momento de início da segunda onda do feminismo⁴ no Brasil.

Além dos estudos desenvolvidos para repensar o comportamento das mulheres sob diversos aspectos com grupos e palestras de profissionais de diferentes áreas, este seminário também teve como marco, a criação do Centro da Mulher Brasileira – CMB. O Centro da Mulher Brasileira foi criado em 1975 permaneceu enquanto instituição voltada aos assuntos das mulheres até 1979, e foi importante para conscientizar as mulheres independentes de classes sociais dos seus direitos e da sua participação no desenvolvimento da sociedade. No entanto, o CMB como reflexo do movimento, era repartido por algumas linhas de pensamento.

No CMB muitas mulheres participavam da luta de esquerda, mas existiam outras tendências que abriam o leque de militância feminista na época, como a liberal, a marxista e a radical. Sobre essas tendências Pinto(2003) comenta:

A partir de 1977, o centro [CMB] foi largamente dominado por mulheres marxistas ligadas ao Partido Comunista pró-soviético. Mesmo assim, pelo menos em seu primeiro momento, abrigava as três grandes tendências do feminismo: a marxista, a liberal e a radical. As duas primeiras, apesar de suas óbvias diferenças, tinham uma natureza mais política e tendiam a ver os problemas enfrentados pelas mulheres como questões coletivas com uma dimensão que extrapolava a luta específica da mulher. As marxistas tendiam a reduzir a luta das mulheres às lutas de classes, e as liberais, à luta por direitos individuais. O terceiro grupo, o que mais dificuldade teve de se manter na organização, era composto por mulheres que colocavam sua própria condição de mulher no centro

⁴ Considero como feminismo de segunda onda aquele nascido no Seminário da ABI de acordo com Pedro(2006) que em seu estudo faz essa distinção dentre outras narrativas sobre quando da ocorrência dessa fase. Segundo a autora, o feminismo da primeira onda se configuraria como a luta das sufragistas, anterior a esse momento da década de 1970.

da discussão; levantando questões menos aceitas, expunham de forma aberta a condição de opressão e não apresentavam uma plataforma coletiva para justificar a sua própria militância.

Essas tendências mostravam como o feminismo era dividido na forma de colocar sua atuação e construção de agenda. Para além de limites sobre essas três principais tendências, é importante salientar que o pertencimento a uma corrente não necessariamente significa falta de diálogo com as outras correntes. Pensar a emancipação feminina é um dos atributos do feminismo, a plataforma de ação é o que diferencia uma tendência da outra. Segundo Alves e Pitanguy(2003) o feminismo

refuta a ideologia que legitima a diferenciação de papéis, reivindicando a igualdade em todos os níveis, seja no mundo externo, seja no âmbito doméstico. Revela que esta ideologia encobre na realidade uma relação de poder entre os sexos, e que a diferenciação de papéis baseia-se mais em critérios sociais do que biológicos.

Sendo as três tendências: a marxista, a liberal e a radical, a diferença se encontra na forma de se estabelecer a atuação perante os pontos explicitados, entrando principalmente na discussão a relação do movimento com o Estado.

No entanto, como era organizado o CMB de forma a atingir seus objetivos em relação às mulheres? A orientação era, na sua maioria, horizontal. Assim deveria ser, sem hierarquias partidárias, sem institucionalização. Isso incluía a não filiação do CMB a partidos da esquerda, incluindo o Partido Comunista Brasileiro. Em relação à institucionalização, o movimento pedia autonomia para atuar e não teria qualquer apoio do governo para conseguir levantar suas bandeiras. De fato, o momento era complicado e a ditadura militar não permitia qualquer diálogo com a sociedade e, mesmo em 1975, era difícil enxergar como seria a institucionalização do movimento sem que isso fizesse perder parte de sua força.

Os anos da década de 1970 foram conturbados no Brasil. Com a posse do novo presidente militar Ernesto Geisel (1974-1978) vinha o discurso de abertura política capitaneada pelo governo. Sobre essa abertura, Sader(1990) comenta

o General Golbery Couto e Silva, o mais lúcido teórico do regime militar, conforme a doutrina de segurança nacional, propunha um processo de abertura gradativa que fosse desativando os focos de tensão acumulados pelo regime ditatorial, para que a transição pudesse ser feita sob controle.

As tentativas na época do governo de abrir foram: a demissão do comandante do II Exército, o general Ernesto d'Ávila, bem como o inquérito sobre as mortes de Vladimir Herzog e Manuel Fiel Filho, o que significava um avanço na repressão política; a anistia dos exilados políticos, algo bastante criticado pelos generais da linha dura, revogação do AI-5 e o fim da censura prévia.

O período que vai do final da década de 1970 com a decisão da distensão política abre caminho para os grupos sociais na época ganharem visibilidade abrindo espaços antes não imaginados para a reivindicação de suas frentes. Ao analisar o processo de redemocratização Araújo(2007) elenca os atores políticos que se formaram nesse período mapeando as forças que na época estavam atuando para que a abertura política ganhasse corpo e tivesse a marca da participação popular. Os novos atores políticos, como a própria autora faz menção, são novos por se configurarem diante do cenário de repressão em que o Brasil estava passando, são eles: o MDB, o movimento estudantil, a Igreja Católica, a imprensa alternativa, as associações de moradores, as associações de profissionais liberais e o movimento de minorias políticas.

A televisão no final da ditadura foi também um importante instrumento para dar visibilidade aos movimentos sociais. Para o feminismo foi um canal de discussão sobre a condição das mulheres com o seriado *Malu Mulher*, o qual era escrito por mulheres feministas e retratava nos seus temas as experiências de muitas ativistas feministas na época. Sobre o seriado *Malu Mulher* Tabak(2002) analisa

É fato conhecido a repercussão que teve, não só no Brasil, mas em muitos outros países (inclusive europeus), a série denominada *Malu Mulher*, que apresentou uma nova imagem de mulher, graduada (socióloga), desquitada e mãe de uma filha adolescente, e a maneira adulta, moderna e independente com que ela enfrentou os problemas surgidos, após a separação do marido.

O *Malu Mulher* (1979-1980) foi protagonizado pela atriz Regina Duarte e trazia à tona em sua problemática da separação e todos os temas envolvidos na trama um pouco das discussões feministas sobre a vida privada, os problemas que as mulheres enfrentavam nas relações com os homens, enfim, foi muito importante para contribuir para a difusão de todo um debate feminista. Seus episódios incluíam temas sobre questões reprodutivas como o aborto, e também a sexualidade das mulheres. Outros programas voltados para as mulheres também foram exibidos na época como o *TV Mulher*, que discutia questões da esfera feminina com especialistas e o seriado *Delegacia de Mulheres* na década de 1990 que tratava o tema da violência contra a mulher.

Os movimentos pela anistia, na segunda metade da década de 1970 reivindicaram a volta dos exilados políticos, a punição de perseguidores e torturadores da ditadura militar, bem como informações sobre mortos e desaparecidos do regime e denúncias dos assassinos. Terezinha Zerbini organizou a partir de 1975 o Movimento Feminino pela Anistia (MFPA) que pedia a volta de políticos exilados e amparava suas famílias, bem como as famílias daqueles que desapareceram nas perseguições políticas. O MFPA lançou na imprensa alternativa o jornal *Maria Quitéria* que divulgava os interesses do movimento.

A campanha pela anistia política de Terezinha, apesar de se situar no ano de 1975, marco para as feministas brasileiras com o seminário da ABI não tinha um cunho feminista na sua bandeira. O próprio CMB não foi criado com esse título na época pela imagem pouco positiva que o termo feminismo oferecia para as ativistas durante a ditadura. Sobre a relação do Movimento Feminino pela Anistia de Terezinha e seu distanciamento quanto as causas feministas Pinto(2003) esclarece

o feminismo era malvisto no Brasil, pelos militares, pela esquerda, por uma sociedade culturalmente atrasada e sexista que se expressava tanto entre os generais de plantão como de uma esquerda intelectualizada cujo melhor representante era justamente o jornal *Pasquim*, que associava a liberalização dos costumes a uma vulgarização na forma de tratar a mulher e a um constante deboche em relação a tudo que fosse ligado ao feminismo. Era nesse ambiente que um movimento como o das mulheres pela anistia tinha que buscar adeptos para a sua causa.

A campanha pela anistia seguiu caminho durante os derradeiros anos da década de 1970, unindo forças pouco solúveis da própria esquerda contra a ditadura. Em 1978, foi criado o Comitê Brasileiro da Anistia em São Paulo e, no mesmo ano, foi realizado também em São Paulo o I Congresso Nacional pela Anistia. A lei da anistia em 1979 não representou a luta anterior por oferecer uma ambígua noção de perdão aqueles que cometeram assassinatos e pouco foi feito, desde então, para apurar os crimes sangrentos da ditadura. Os arquivos da ditadura muitos deles fechados até os dias atuais poderiam oferecer, no mínimo, uma reparação histórica daqueles que perderam suas vidas para um regime perverso, como foi o período da ditadura brasileira.

No entanto, a anistia foi uma grande vitória no sentido de poder trazer os exilados políticos, que logo entraram para um novo processo de redemocratização brasileiro: a volta das eleições. No caso das feministas, muitas voltaram ao Rio de Janeiro e com suas ideias e experiências bastante diferenciadas das que aqui obtiveram, trouxeram novos ares para o feminismo brasileiro. Sobre a volta das feministas Goldberg(1987) assinala,

O ano de 1979 foi muito importante para a vida política brasileira e também para as feministas. A anistia permitiu o retorno ao país de muitas mulheres que durante o exílio – seu ou de seus companheiros – haviam tomado contato com a experiência dos movimentos de liberação europeus e que tinham se ‘convertido’ ao feminismo. Essas mulheres entraram nas associações feministas e nos grupos de mulheres no interior dos quais o consenso político estava há muito periclitante, contribuindo para a introdução de práticas voltadas para a sexualidade, o aborto, a violência e trazendo elementos para os debates sobre a relação entre feminismo e luta de classes, a autonomia, o separatismo e o pluralismo. As reações foram imediatas as cisões aconteceram em muitos grupos.

A volta das feministas ao Brasil significou também um momento de novos ventos para o feminismo brasileiro. O processo de redemocratização no âmbito da política estabelecia novas formas de organização dos grupos e nova relação com Estado. O que ficou mais claro nas eleições subsequentes a 1979 e com o fim do bipartidarismo.

A transformação que o feminismo brasileiro sofreu na década de 1970 a 1980 passa pelo viés da institucionalização. A autonomia conquistada anteriormente, de alguma forma, reivindicava um espaço com regras próprias e que não se alinhava nem com a política, nem com a economia apresentadas pelo Estado na época. À medida que as feministas conseguiram chegar a outras instâncias e que realizou duas importantes políticas públicas, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983) e as Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres(1985), bem como a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985) e dos conselhos estaduais, o caminho a seguir dependeria também dos recursos e da participação do Estado. O que não impediu do movimento criar organizações independentes, como as ONGs na década 1990 em prol dos direitos das mulheres e a rede de atendimento à mulher fornecida por essas ONGs até os dias atuais.

Nos anos 80 e 90 no Rio de Janeiro, as feministas buscaram a discussão na esfera pública de suas reivindicações abrindo portas para a criação de políticas que estivessem voltadas para as questões das mulheres e que as afirmassem como sujeitos detentores de direitos próprios. As políticas públicas específicas em relação às mulheres não se traduziam em colocar a mulher em um estado de privilégios em relação aos homens, mas como seus direitos não eram atendidos pelas instituições de forma a valorizarem sua presença, a igualdade deveria ser baseada na busca de direitos pertinentes a elas, ou seja, na diferença em relação aos homens. Foi assim tanto na área da saúde quanto na segurança. A afirmação dessas diferenças propiciou a abertura de um diálogo entre movimentos sociais e Estado nas políticas públicas, que favoreceu não somente as questões relacionadas às mulheres, mas também aos outros movimentos na época, que reivindicavam e reivindicam até a atualidade, assim como as feministas, o reconhecimento por parte do Estado.

A questão do corpo e da saúde da mulher, desvincilhados da esfera reprodutiva, viraram uma reivindicação forte nos anos oitenta para que houvesse políticas públicas que atendessem a essas demandas. A saúde das mulheres sempre foi um tema pertinente no feminismo. O tema da saúde⁵ perpassa as tendências feministas expostas

⁵ Sobre saúde considero a conceituação de Alves, Corrêa e Januzzi(2006): “A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948 da seguinte forma: ‘A saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença ou enfermidade.’ Esta definição representa um avanço para a época, na medida em que define saúde de forma ampla e multidimensional”. A utilização

anteriormente de maneiras diversas, embora como maior ênfase nas tendências radical e liberal. A questão da saúde das mulheres passa pelo caminho da descoberta do corpo como fonte de prazer, bem-estar e realização pessoal, bem como, no direito à posse desse corpo pela própria mulher, ou seja, na tomada de decisões que envolvem também a reprodução e a sexualidade. Recuperar a memória e a história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983) é também contar um pouco do olhar para o corpo das mulheres sob essas duas premissas.

Nos anos 70, o lema *Nosso corpo nos pertence*, traz essa perspectiva de direito ao corpo pelas mulheres através da luta pela descriminalização e legalização do aborto e o acesso a métodos contraceptivos. No plano de atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (ALVES; CORREA; JANUZZI, 2006). Como explicitado anteriormente, o seminário da ABI em 1975, foi um marco para o feminismo brasileiro e propiciou a discussão de temas pertinentes também à saúde das mulheres.

Nesse seminário, foram discutidos diversos aspectos da questão das mulheres, que tinham em algumas das suas temáticas o corpo e a sexualidade. Sobre as exposições e os debates na ABI, Goldberg(1987) lista a programação do evento e dentre outros assuntos a saúde das mulheres foi debatida através da exposição de temas como: a maternidade no Brasil; aspectos psico-fisiológicos do prazer feminino; problemas do controle da natalidade; a família e os papéis sexuais.

Sobre os temas expostos, dois aspectos que merecem destaque são a maternidade e o controle da natalidade. Durante a ditadura militar, como já foi explicitado, as autoridades que geriam a saúde no Brasil adotavam uma postura dúbia perante a saúde das mulheres, não assumiam publicamente o controle da natalidade pelo Estado, mas deixava que empresas privadas pudessem se estabelecer e oferecer mecanismos de controle através da imagem de planejamento familiar.

A falta de uma política que contemplasse a contracepção no Brasil, com vistas a atender às demandas da população, se dava em parte pela postura natalista da ditadura em não oferecer mecanismos de regulação da fecundidade para a população, mas ao mesmo tempo, não dava respaldo quanto ao uso de contraceptivos aqueles que estavam

desse conceito permite uma visão integral da saúde das mulheres, possibilitando um olhar preventivo das suas necessidades e uma assistência às suas demandas pessoais.

interessados. O que se tornava muito prejudicial para a população, pois sem o acesso às práticas educativas para a utilização desses contraceptivos pouco se sabia dos efeitos colaterais que os medicamentos poderiam trazer às mulheres, bem como qual o melhor contraceptivo deveria ser adequado à realidade de cada paciente.

Não eram somente as mulheres que mais sofriam nesse momento com a falta de políticas que visassem um resultado mais eficiente em relação às demandas de saúde na época. O sistema de saúde brasileiro, de forma geral, não atendia à população na maneira de proporcionar o cuidado e a prevenção de doenças.

Na década de 1980, o movimento da reforma sanitária dos médicos contestou de maneira enfática o modelo de saúde adotado pelas autoridades brasileiras até então. A saúde durante o período do “milagre econômico” ganhou força nos setores especializados propiciando um aumento de empresas privadas que referendassem o cuidado de saúde especializado, em detrimento de uma saúde voltada às necessidades preventivas da população. Esse quadro brasileiro se completava ainda pela falta de acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pelo governo, ou seja, na época havia poucas unidades de saúde para atender toda a demanda da população. Outros fatores importantes eram a inflação dos alimentos que aumentava a carestia e o aumento do trabalho informal dado ao período recessivo econômico dos anos 1980 que, por conseguinte, diminuía o número de trabalhadores registrados que partilhavam do sistema previdenciário.

Havia muita agitação de setores médicos contestando a falta de assistência do governo em relação à saúde. As críticas se centravam na pouca atenção dada aos setores públicos, a falta de recursos e ao sucateamento da previdência social. A recessão econômica no início da década de 1980 mostrava sua face mais perversa em relação à população brasileira. O fracasso do “milagre econômico” se dava, principalmente, na pouca distribuição de renda que dificultou cada vez mais o acesso a melhores condições de vida dos brasileiros.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nasceu nesse momento de crise de setores da saúde em 1983, quando decorrente das intensas denúncias das feministas da pouca atenção dada à saúde das mulheres. Com grupos e associações feministas por todo país que se voltavam para essa discussão a política do PAISM foi elaborada a fim de atender a todas as demandas das mulheres desvinculando a imagem somente reprodutiva das ações de saúde do governo. A descoberta do corpo como fonte de prazer próprio, bem-estar e como direito seriam os ideais a serem

buscados pelas mulheres nesse momento. Para isso, a implementação de políticas públicas voltadas à saúde de forma integral das mulheres eram importantes, pois atenderiam a saúde do corpo e das demandas pessoais de todos os momentos da vida das mulheres. Sobre os programas de saúde nacionais voltados para o público feminino antes do PAISM, Pedrosa(2005) comenta

Os programas materno-infantis, atualizados nos anos de 1950 e 1970, mantiveram a visão estreita sobre a mulher, reproduzindo a visão e especificidade biológica, o seu papel social de reprodutora e mantenedora de indivíduos saudáveis e, portanto, de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos.

Dessa forma, percebe-se que a atenção estava voltada quase que exclusivamente para a saúde do nascituro e não da mulher enquanto sujeito independente da função de reprodução. O acesso a uma política de saúde baseada em práticas educativas que informassem às mulheres sobre a sua saúde, os métodos contraceptivos e que possibilitassem uma tomada de decisão das próprias mulheres sobre seus corpos era uma forma de tentar uma política que não contemplasse somente os aspectos da reprodução e do cuidado contidos no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil lançado em 1977 pelo governo brasileiro. Sobre esse programa Tyrrell(1994) comenta que a atenção dada pelo governo para o lançamento dessa política se baseava em perspectivas demográficas que chamavam atenção para um número grande de brasileiros que nela se enquadravam,

Segundo esses órgãos [Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social], o perfil demográfico caracteriza uma população jovem, com mais de 50% dois indivíduos situados em faixa etária abaixo de 20 anos, o que caracteriza uma situação oposta à dos países ricos. Para esses órgãos, foram as características biopsicossociais e a magnitude deste grupo altamente vulnerável e dependente que levou o Governo brasileiro a destacar o atendimento como prioritária a esta faixa da população.

O que reitera uma visão fechada sobre as mulheres e o lugar reservado a elas no desenvolvimento da sociedade. Faziam parte desse grupo materno-infantil crianças, adolescentes, gestantes, parturientes, puérperas, nutrizes e mulheres em idade fértil (TYRRELL, 1994), deixando de lado a fase do climatério, ou seja, mulheres que estão passando pela menopausa e as mulheres da terceira idade, colocando num mesmo conjunto mulheres e crianças, reservando às mulheres o cuidado e atenção de crianças e adolescentes.

Outro ponto a ser discutido nessa visão do governo era a forma como estavam sendo formuladas essas políticas de saúde, ou seja, baseadas em dados demográficos que no momento atentavam a uma diferença significativa de países em desenvolvimento e países ricos. Nos países em desenvolvimento como o Brasil o crescimento da população jovem era alto o que não acontecia nos países ricos, sobre isso não se deve esquecer a pressão que o Brasil recebia externamente para que se controlasse a natalidade a gerar desenvolvimento econômico. Nesse caldeirão de intenções e de atenções voltadas para aspectos demográficos e pouco centradas num cuidado primário e de acesso à prevenção, foi elaborado o PAISM pelas feministas que muito contestavam esse sistema de saúde e que atuavam em grupos por todo o país reivindicando fortemente uma política que visasse aspectos integrais da clientela de saúde, nesse caso, das mulheres. Sobre a criação do PAISM, Osis(1998) comenta:

Em 21 de junho de 1983 por ocasião de seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional, o então Ministro da Saúde Wladyr Arcoverde apresentou a proposta de criação do PAISM (...) fora preparada por uma comissão especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, em abril de 1983, e constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Aníbal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti

O PAISM, enquanto política pública que visava atender às mulheres de forma integral, unindo os direitos reprodutivos e sexuais foi uma das conquistas que as feministas amealharam para que as mulheres pudessem ter acesso a serviços que oferecessem informação e atendimento de qualidade proporcionando dessa forma, maior poder de decisão das usuárias sobre sua saúde e bem-estar. O programa teve como princípio assistir às mulheres em todas as questões que dissessem da sua saúde:

Em relação à atenção à mulher - objeto primordial desta proposta - os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

A meta a ser alcançada era bastante inovadora e ambiciosa, pois exigiria uma mudança por parte das autoridades governamentais em gerir a saúde de suas localidades, bem como uma mudança por parte dos profissionais de saúde em reconhecer esses direitos. A capacitação de profissionais e a instalação de Ações Integradas de Saúde eram importantes instrumentos para a viabilização do PAISM em escala nacional.

O tema da integralidade tão relevante contido no PAISM foi um aspecto que também mobilizou os médicos participantes da reforma sanitária a construir um novo modelo de saúde que acima de tudo visasse o paciente em seus aspectos integrais, ou seja, na contramão da especialização já citada das tendências médicas dos anos de 1980. Tarefa quase impossível é pensar a implementação do PAISM desvinculada da reforma sanitária e implantação do SUS a partir da Constituição de 1988. Apesar de se encontrarem situados em processos diferentes, o PAISM – que em sua elaboração contava com maciça presença das feministas – e a reforma sanitária - que mobilizava, principalmente, a classe médica para o sucateamento da saúde no Brasil -, a integralidade era ponto de intercessão desses dois caminhos nos anos de 1980 na saúde brasileira.

A reforma sanitária foi um movimento de setores médicos que preconizava a saúde como um direito de todos. Um dos aspectos principais do novo modelo de saúde proposto pela reforma sanitária era a descentralização, ou seja, o sistema de saúde deveria ser um serviço estabelecido de acordo com as demandas locais de atendimento com participação ativa da população. A descentralização vinha em contraposição às políticas nacionais postuladas pelo Ministério da Saúde que visavam apenas os pontos nacionais, distantes das peculiaridades de cada região, estado ou município. Qualquer reivindicação para um programa local deveria passar pelo Ministério da Saúde para que fosse aprovado e financiado, gerando morosidade nas ações de saúde locais, pois havia as prioridades do ministério a serem custeadas dando pouca atenção às essas demandas. Um modelo de saúde autoritário que refletia o próprio contexto político, ou seja, baseado na centralização em um momento de nenhuma participação democrática como foi a ditadura militar brasileira.

Os princípios da reforma sanitária traduziam em muito o processo de redemocratização que vinha passando o Brasil desde o final da década de 1970. São as vozes desse momento que atentam para os absurdos na área da saúde gerados pela falta de recursos e pouca atenção aos funcionários públicos alijados das políticas econômicas que privilegiavam os setores privados. O movimento sanitário da década de 1980 teve seu ponto alto quando da realização em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu os princípios da reforma sanitária para uma mudança no sistema de saúde brasileiro. No ano seguinte, foram eleitos os candidatos para a Constituinte esses princípios estiveram na pauta para a entrada no novo texto constitucional.

O PAISM, portanto, dependia desses aspectos também para a sua implementação, já que nenhum ponto do programa podia ser considerado isoladamente. A implantação do Sistema Único de Saúde a partir de 1988 seria um veículo para a possível viabilização em escala nacional desse programa. A saúde como um direito de todos garantido pelo Estado foi um avanço para que a rede de saúde pudesse se expandir de forma a possibilitar maior acesso às unidades de saúde por parte da população.

A Constituição de 1988, também foi um capítulo a parte nas mobilizações nacionais. Foi um momento de intensa participação popular em que as mulheres conseguiram bastante destaque por conta, principalmente, da atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985-1989). A campanha do CNDM *Constituinte sem Mulher fica pela Metade* mobilizou os movimentos de mulheres a fazerem suas propostas

para o texto constitucional. A *Carta das Mulheres* foi o documento que englobou praticamente todas as reivindicações feministas para entrarem na Constituição, sobre esse documento Pinto(2003) comenta

A 'Carta das mulheres', promovida pelo CNDM, mas de autoria de um conjunto muito amplo de mulheres chamadas a Brasília, foi o documento mais completo e abrangente produzido na época, e possivelmente um dos mais importantes elaborados pelo feminismo brasileiro contemporâneo. (...) O documento defendia a justiça social, a criação do Sistema Único de Saúde, o ensino público e gratuito em todos os níveis, autonomia sindical, reforma agrária, reforma tributária, negociação da dívida externa entre outras propostas. Na segunda parte, o documento detalhava as demandas em relação aos direitos da mulher no que se referia a trabalho, saúde, direitos de propriedade, sociedade conjugal entre outros.

O assunto que ficou fora do texto final da Constituição de 1988, foi o aborto que não conseguiu entrar no debate para a incorporação do texto. No entanto, a ratificação dos direitos das mulheres em relação à saúde era o desejo de não se perder a conquista amealhada pelo PAISM e pela atenção à mulher em todos os seus aspectos. A força que essa política poderia ganhar com a implantação do SUS era grande.

No Rio de Janeiro, assim como em outros estados, a experiência do PAISM durante a década de 1980 desde sua criação foi um tanto decepcionante segundo os dados do estudo feito por Costa(1992) a partir da Comissão de Cidadania e Reprodução ligada ao Ministério da Saúde. Essa Comissão criada em 1986 ficou responsável por verificar os resultados e o andamento da implantação do PAISM no Brasil. As experiências que a autora demonstra terem maior sucesso devido à gestão de saúde foram em São Paulo e Goiás, considerando os aspectos do programa sendo oferecidos às mulheres de forma conjunta.

O órgão que respondeu ao questionário desse estudo e que se responsabilizou por essa experiência no Rio de Janeiro foi a Secretaria Municipal de Saúde, que em muitos aspectos não correspondeu aos critérios preconizados pelo programa. Nesse estudo, a autora considerou as capitais brasileiras para a aplicação de questionários referentes à

cobertura de atendimento das mulheres nas unidades de saúde, ou seja, ao percentual da população feminina atendida (qualquer forma de atendimento) pelas secretarias (COSTA,1992). Das 57 capitais as quais foram distribuídos os questionários, 30 responderam se dividindo num total de 16 para secretarias estaduais e 14 para secretarias municipais de saúde. Sobre as respostas dos questionários a autora analisa

Tanto as secretarias municipais (44%) quanto as secretarias estaduais (42%) oferecem entre 20 e 40% de cobertura assistencial em seus serviços. Considerando que a população que potencialmente necessita recorrer aos serviços públicos de saúde é em torno de 80% da população geral, esta cobertura apresentada pelas secretarias é insatisfatória; pois no total, 81% das secretarias municipais e 67% das estaduais realizam abaixo de 40% de cobertura assistencial às mulheres.

O que corresponde também a um sucateamento da saúde por parte dos setores públicos e pouca vontade política dos gestores de saúde dos estados. Costa(1992) ainda aponta o envolvimento direto das feministas e movimentos de mulheres para a implementação do PAISM através de oficinas e capacitação dos profissionais, mas não lança um olhar positivo sobre a penetração desse programa nos órgãos responsáveis pela saúde no Brasil:

A constatação desse estudo é de que o PAISM não está implantado na rede pública e nem existem sinais de que isto suceda a curto prazo, embora nos níveis diretivos da Secretaria de Saúde sejam realizadas discussões neste sentido.

Os pontos considerados pela autora para que o PAISM possa ser implantado de forma geral apontam para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para a ampliação das fontes de financiamentos nacionais e internacionais visando suprir o momento crítico que passava o Sistema Único de Saúde, dentre outros fatores importantes como a convocação de uma Conferência de Saúde da Mulher. Esse diagnóstico sobre o PAISM mostra como a política de saúde estava desmantelada no país e como era difícil implantar programas que visassem uma nova visão de saúde da mulher naquele momento.

Outro ponto questionado pela autora no estudo e que também figurou como uma severa crítica ao sistema de saúde na época foram as esterilizações feitas nos hospitais

públicos nas mulheres sem qualquer regulamentação do Ministério da Saúde sob essa prática. Esse assunto gerou grande destaque quando da ocorrência de uma CPI das Esterilizações das mulheres em 1991. No país havia a denúncia por movimentos de mulheres e grupos feministas, principalmente ligados ao movimento negro, que estaria ocorrendo uma esterilização em massa de mulheres, especialmente negras, para controle da população. O resultado dessa CPI foi que não havia uma prevalência de um discurso racial para a realização dessas esterilizações, no entanto as altas taxas de esterilizações preocupavam as mulheres ligadas aos movimentos tanto na área de saúde da mulher quanto aqueles ligados ao movimento negro. Nessa época, a prática da esterilização no Brasil não estava regulamentada em lei. A regulamentação da esterilização no Brasil veio com a lei do planejamento familiar em 1996 que contempla as questões relativas ao planejamento familiar e à esterilização de mulheres e homens no Brasil.

No Rio de Janeiro, a influência do PAISM se deu na capacitação de profissionais de saúde em 1991 que objetivava o resgate dessa política. Essa capacitação foi fundamental para a criação do Espaço Mulher ligado à Secretaria Municipal de Saúde. A implantação do PAISM no município do Rio de Janeiro manteve, inicialmente, as características de assistência clínico-ginecológicas, baseando-se no tratamento de patologias do aparelho reprodutor e da assistência pré-natal (PEREIRA; RANGEL, 2004).

As práticas educativas voltadas para a contracepção ganharam no Espaço Mulher uma atenção destacada. Era urgente a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para lidar com o material de contraceptivos distribuídos pelo Ministério da Saúde e oferecer informações às mulheres que utilizassem as unidades do município. Nesse ponto, a experiência do Espaço Mulher avançou bastante para trazer aos profissionais conhecimento sobre os métodos, elaborando oficinas de conscientização para melhor atendimento das usuárias. O Espaço Mulher existe até os dias atuais para o treinamento dos profissionais de saúde e tem como princípio atender aos problemas enfrentados pelas mulheres no cotidiano e suas questões relacionadas ao uso de cada método contraceptivo. Sobre essa experiência Pereira (2008) coloca

O Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher Espaço Mulher iniciou suas atividades em 1993, com o objetivo de capacitar profissionais para o trabalho educativo na área da

contracepção. A proposta educativa do Centro considera não apenas os aspectos técnicos/biológicos, mas antes de tudo, as questões relativas à gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade da mulher.

Sob esse aspecto, pode-se considerar como positiva a experiência carioca em se tratando de estabelecer práticas educativas. No entanto, como Pereira(2008) aponta, nem todos os profissionais participam dessa capacitação o que gera um déficit no atendimento em todas as unidades de saúde ligadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Na época de criação do Espaço Mulher, é nítida a presença do debate feminista sobre os problemas encontrados pelas mulheres nas questões relativas à sexualidade e reprodução. A isso se atribui a composição daquelas que estavam a frente desse projeto, como a socióloga Diana Valladares, a médica Kátia Ratto, a enfermeira Monique Miranda dentre outras importantes figuras que coordenaram os cursos de capacitação e que participavam dos debates feministas em relação à saúde das mulheres.

O PAISM foi assumindo os contornos próprios daqueles que geriram a saúde no Brasil, isso aconteceu tanto no Rio de Janeiro quanto em outros estados. As ONGs feministas cariocas criadas na década de 1990 que muito contribuíram para a sua implantação foram, sem dúvida, a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos criada em 1991 e a Cepia (1990), dentre outros importantes grupos, que buscavam e buscam até hoje uma intensa vigência das diretrizes do PAISM no Brasil. O contexto político-social brasileiro foi mudando a partir do processo de redemocratização e a luta por não perder os direitos das mulheres adquiridos pelo PAISM e por outras políticas públicas se constituíram como uma máxima para os grupos feministas nos anos subsequentes.

Na década de 1990, o contexto mundial de pós-Guerra Fria e o Ciclo Social da ONU, uma série de conferências internacionais sobre população, direitos humanos, desenvolvimento, direitos das mulheres, dentre outros, se tornou um momento favorável à reivindicações dos grupos feministas através da assinatura do Brasil nesses tratados. A pauta dos grupos feministas nessa época era, principalmente, fazer valer os direitos das mulheres, enquanto parte importante dos direitos humanos. Os temas centrais eram violência, direitos reprodutivos e sexuais, como fazendo parte da responsabilidade do Estado em prover melhores condições de vida e exterminar todas as formas de discriminação em relação às mulheres.

As conferências internacionais da ONU propiciaram na década de 1990 um contexto favorável para a discussão dos direitos das mulheres e, com a assinatura do Brasil nesses tratados, as feministas teriam respaldo para as melhorias que tanto reivindicavam no contexto político brasileiro.

Na Conferência do Cairo (1994), na qual o tema central foi a população, os direitos reprodutivos e sexuais⁶ foram proeminentes para gerar um debate mais preciso acerca de políticas públicas que os contemplassem. Sobre a Conferência do Cairo(1994), Ventura(2009) comenta

O documento do Cairo destaca como direitos humanos básicos:

- decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos;
- ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências.

O Plano de Ação Cairo não reconhece como sujeitos de direitos reprodutivos apenas os casais, mas também adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas.

Nesse sentido, abre os caminhos possíveis para políticas que contemplem o planejamento reprodutivo. A Conferência do Cairo(1994) da qual o Brasil é signatário reacendeu o debate sobre os direitos reprodutivos no Brasil e muitas mulheres participantes de grupos feministas se mobilizaram tanto para essa Conferência quanto para a Conferência de Beijing(1995) a fim de discutirem as propostas que seriam levadas às conferências e cobrar um posicionamento das autoridades brasileiras. No mesmo ano do Cairo houve uma reunião no Rio de Janeiro, na qual várias mulheres que participariam

⁶ Entendo por direitos reprodutivos os “princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza” (VENTURA, 2009). Sobre o conceito dos direitos sexuais, “foi desenvolvido muito mais recentemente do que aqueles de direitos reprodutivos (...) Melhor elaboração e maior precisão dos direitos sexuais implicam grande complexidade, na medida em que definem prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais, pois levantam questões no campo das identidades, assim, como no que diz respeito à definição de parâmetros para a ingerência do Estado numa esfera tão íntima da vida humana”(ALVES; CORREA; JANUZZI, 2006).

da conferência providas de diversos países formularam as propostas para a conferência. Esse debate intenso também foi levado para Beijing(1995).

Na Conferência de Beijing (1995), as mulheres foram o centro da discussão, o que representou um enorme avanço nas discussões internacionais acerca da sua condição. A grande importância de Beijing se faz pelos temas abordados: “educação, economia, mercado de trabalho, meio ambiente, direitos humanos, violência, situações de conflito, comunicação e mídia e a condição específicas das meninas” (ALVES; CORREA; JANUZZI, 2006). Temas esses tão difundidos anteriormente pelo movimento feminista não somente no Brasil como no meio internacional. O debate dos direitos reprodutivos e sexuais do Cairo foi levado para Beijing para reforçar a necessidade de políticas públicas voltadas para essa questão. Sobre os direitos reprodutivos e sexuais em Beijing(1995), Ventura (2009) comenta

O documento de Pequim, da IV Conferência Mundial da mulher, enfatiza a importância de garantir os direitos de autonomia e autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres – que afetam diretamente sua saúde sexual e reprodutiva – como determinantes para a efetivação dos Direitos Reprodutivos para o segmento feminino. No plano jurídico-normativo, recomenda aos países que adotem todas as medidas efetivas para a redução do número de abortos, por meio da ampliação ao acesso ao aborto seguro nos casos que a legislação local permitir, e também, ao acesso aos métodos e informações sobre contracepção.

No Brasil, a assinatura desses dois documentos se refletiu na criação da lei em 1996 do planejamento familiar que garantia como direito o acesso às práticas contraceptivas a todos os cidadãos sem coerção por métodos e práticas médicas específicas. Apesar do quadro positivo gerado por essas duas conferências, pela confluência de fatores internacionais que possibilitaram um diálogo sobre as questões reprodutivas e sexuais mobilizando grupos de mulheres e feministas pelo mundo todo a reivindicarem seus direitos, o resultado desse empenho no Brasil é ainda pouco sentido quanto à prática dessas leis no cotidiano da população. As dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos são, na sua maioria, da população pobre que carecem de

informação sobre a utilização desses meios, bem como da oferta de todos os meios disponíveis para uma escolha consciente.

Como ficou o PAISM ao passar desses anos e de tantas modificações do contexto social e político? O que foi feito do PAISM na conjuntura atual de uma política como a Rede Cegonha do governo da Presidenta Dilma Rousseff? As ações voltadas para a saúde das mulheres em seus aspectos integrais se perderam? Esses são questionamentos que somente um olhar atento ao passado e à conjuntura do presente pode oferecer. Levantar esse debate na nossa história é poder dar voz aos processos que nos constituem, é poder analisar um período e nos fazer refletir sobre nossa atual realidade, e, é manter ainda essa pauta de discussão em relação aos direitos das mulheres, que está longe de ser extinta.

Referências Bibliográficas

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. *O que é Feminismo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003. Coleção Primeiros Passos, 44.

ALVES, J. E. D. *As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. Textos para Discussão. n.21.

ALVES, J. E. D.; CORREA, S.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S.(Org). *Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Brasília: ABEP. UNFPA, 2006.

ARAÚJO, M. P. N. Lutas democráticas contra a ditadura. In: FERREIRA, J.; REIS, D. A. *Revolução e Democracia (1964...)*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2007. As Esquerdas no Brasil. v.3.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P. *Tempos e Memórias: Movimento Feminista no Brasil*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília, 1984.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2002.

CORREA, S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, 10(1/2).1993. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2012.

COSTA, A. M. *O PAISM: uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada*. Brasília: Comissão de Cidadania e Reprodução. Ministério da Saúde, 1992.

DELGADO, L. A. N.; FERREIRA, J. (orgs.). *O Brasil Republicano, o tempo da ditadura – regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003. Vol.4.

DUBY, G.; PERROT, M. *História das Mulheres no Ocidente*. Lisboa: Edições Afrontamento, 1991. Vol. V.

GOLDBERG, A. Feminismo e Autoritarismo: A metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante. 1987. Dissertação de Mestrado. UFRJ. Rio de Janeiro.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1).1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2012.

PEDRO, J. M. Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 26, n° 52. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882006000200011&script=sci_arttext>.

Acesso em: 30 de agosto de 2012.

PEDROSA, M. Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para implementação na prática assistencial, Rio de Janeiro, *Rev Bras Médica Farmacêutica e Comunitária*, vol.1,n°3,outubro/dezembro.2005. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/revista/revista_03.pdf> Acesso em: 30 de agosto de 2012.

PEREIRA, A. L. Ações Educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde. 2008. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro.

_____, A. L.; R., A. F. Grupo educativo de contracepção, o cuidar da perspectiva dos direitos reprodutivos: um relato de experiência, *R. de Pesq.: cuidado é fundamental*, ano 8,n°1/2.RiodeJaneiro,2004. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/08%202004.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2012.

PINTO, C. R. J. *Uma História do Feminismo no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. Coleção do Povo Brasileiro.

RAGO, M. Descobrimo historicamente o gênero, *Cadernos Pagu*, V.11, Campinas/São Paulo, 1998.

SADER, E. *A transição no Brasil: da ditadura à democracia?*. São Paulo: Ed. Atual, 1990.

TABAK, F. *Mulheres Públicas: participação política e poder*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2002.

TYRRELL, M. A. R. Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: Impacto Político-Social e Inserção da Enfermagem. 1994. Tese de Doutorado. UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. Rio de Janeiro.

VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 3ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas- UNFPA, 2009.